



**POUVOIR JUDICIAIRE
GERICHTSBEHÖRDEN**

ETAT DE FRIBOURG
STAAT FREIBURG

**Tribunal cantonal TC
Kantonsgericht KG**

Rue des Augustins 3, case postale 630, 1701 Fribourg

T +41 26 304 15 00
tribunalcantonal@fr.ch
www.fr.ch/tc

608 2020 5

Arrêt du 21 octobre 2020

II^e Cour des assurances sociales

Composition

Président :

Johannes Frölicher

Juges :

Anne-Sophie Peyraud, Marc Sugnaux

Greffier-rapporteur :

Philippe Tena

Parties

A._____, **recourante**, représentée par Me Charles Guerry,
avocat

contre

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
FRIBOURG, autorité intimée**

Objet

Assurance-invalidité

Recours du 7 janvier 2020 contre la décision du 10 décembre 2019

considérant en fait

A. A. _____, née en 1990, domiciliée à B. _____, mariée et mère de deux enfants mineurs, titulaire d'un CFC de coiffeuse, travaillait en tant que telle, à ses dires, d'abord en tant que salariée entre 2011 et novembre 2013 puis en tant qu'indépendante.

Courant 2015, une IRM a mis en évidence des kystes au niveau du poignet gauche, de la paume de la main gauche et du majeur de la main gauche. Le 28 septembre 2015, un orthopédiste a procédé à l'excision d'un kyste péno-synovial au poignet gauche. Suite à cette intervention chirurgicale, l'assurée a ressenti d'importantes douleurs à sa main gauche et à son poignet gauche.

Une incapacité de travail totale est médicalement attestée depuis lors.

B. Le 13 juin 2016, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après : OAI), indiquant avoir souffert "*de douleurs au poignet gauche (kyste)*", que la première opération de celui-ci a fait l'objet d'une erreur et qu'une seconde opération n'a pas permis de récupérer la mobilité du poignet.

Après avoir pris avis auprès du Service médical régional (ci-après : SMR), lequel a indiqué que le métier de coiffeuse n'était plus exigible, l'OAI a proposé à son assurée un reclassement professionnel. La mise en place de mesures a cependant été repoussée à plusieurs reprises pour des motifs d'ordre familial et médical. Le 28 février 2019, l'assurée a annoncé renoncer aux mesures professionnelles octroyées par l'OAI, estimant que ses limitations fonctionnelles se manifesteraient dans toutes les autres activités professionnelles de type manuel dans lesquelles elle était susceptible d'être réadaptée.

Le 1^{er} mai 2019, l'OAI a réalisé une enquête au domicile de l'assurée.

Par décision du 10 décembre 2019, reprenant un projet du 6 août 2019, l'OAI a rejeté la demande de prestations, se fondant sur un degré d'invalidité de 3.85% calculé selon la méthode mixte (80% d'activité lucrative et 20% d'activité ménagère).

C. Contre cette décision, l'assurée, représentée par Me Charles Guerry, avocat, interjette recours devant le Tribunal cantonal le 7 janvier 2020, concluant, avec suite de frais et dépens, principalement, à l'octroi d'une rente entière à partir du 1^{er} décembre 2016 puis à une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} août 2019, subsidiairement à la mise en place d'une expertise médicale et plus subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour mise en œuvre d'une expertise.

A l'appui de son recours, elle se plaint de ce que l'OAI ait fait application de la méthode mixte, affirmant qu'elle travaillait comme coiffeuse indépendante à plein temps au moment du début de son incapacité de travail, soit le 28 septembre 2015. Dans la mesure où une solution de garde pour ses enfants avait été mise en place, elle demande qu'il soit fait application de la méthode générale de comparaison des revenus. Dans un second temps, elle se plaint de ce que l'OAI se fonde sur un rapport du SMR de 2016 pour rejeter sa demande de rente, rapport qu'elle estime trop ancien, non probant et en contradiction totale avec les autres pièces du dossier. Se prévalant de l'avis de ses médecins, elle affirme qu'une incapacité totale de travail dans toute activité professionnelle doit lui être reconnue jusqu'à la fin décembre 2018, puis une capacité de travail de

30% dès le 1^{er} janvier 2019 et une capacité de travail de 50% dès le 1^{er} mai 2019 dans l'activité habituelle de coiffeuse. A tout le moins, elle conteste que l'activité d'assistante socio-éducative soit adaptée à ses limitations fonctionnelles alors qu'elle a elle-même besoin d'aide de tiers pour procéder à certains actes ordinaires de la vie.

Le 14 janvier 2020, l'assurée s'est acquittée de l'avance de frais de CHF 800.- requise.

Dans ses observations du 24 janvier 2020, l'OAI propose le rejet du recours, se référant aux pièces du dossier et aux considérants de sa décision.

Les 5 février, 13 février et 3 mars 2020, l'assuré a déposé plusieurs interventions, produisant différents moyens de preuve supplémentaires.

Autant qu'utiles à la solution du litige, il sera fait état des arguments développés par les parties à l'appui de leurs conclusions respectives dans les considérants en droit du présent arrêt.

en droit

1.

Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu ainsi que de la matière, le recours est recevable, la recourante, dûment représentée, étant en outre directement atteinte par la décision querellée et possédant dès lors un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit, cas échéant, annulée ou modifiée.

2.

2.1. A teneur de l'art. 8 al. 1 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.

Selon l'art. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

2.2. Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins.

En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins. La rente est échelonnée comme suit selon le taux de l'invalidité : un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente; lorsque l'invalidité atteint 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente; lorsqu'elle atteint 60% au moins, l'assuré a droit à trois quarts de rente et lorsque le taux d'invalidité est de 70% au moins, il a droit à une rente entière.

2.3. La loi consacre trois régimes distincts d'évaluation de l'invalidité, qui, pour une même atteinte à la santé, peuvent aboutir à des conséquences assécurologiques sensiblement différentes (arrêt TF 9C_790/2010 du 8 juillet 2011 consid. 5.5.1).

Lors de l'examen initial du droit à la rente, il convient d'examiner quelle est la méthode d'évaluation de l'invalidité qu'il s'agit d'appliquer. Le choix de l'une des trois méthodes reconnues (méthode générale de comparaison des revenus [art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA], méthode spécifique [art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA], méthode mixte [art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI, ainsi que les art. 16 LPGA et 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA]) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel.

Pour déterminer la méthode applicable au cas particulier, il faut à chaque fois se demander ce que l'assuré aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Lorsqu'il accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, s'il aurait consacré, étant valide, l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait vaqué à une occupation lucrative. Pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment tenir compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels. Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de l'exercice d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 137 V 334 consid. 3.2 et les références).

3.

3.1. Dans le droit des assurances sociales, la règle du degré de vraisemblance prépondérante est généralement appliquée.

Dans ce domaine, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2 et les références citées; arrêt TF 8C_704/2007 du 9 avril 2008 consid. 2; ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

Si, malgré les moyens mis en œuvre d'office par le juge pour établir la vérité du fait allégué par une partie, conformément au principe inquisitoire, ou par les parties selon le principe de leur obligation de collaborer, la preuve de ce fait ne peut être rapportée avec une vraisemblance prépondérante pour emporter la conviction du tribunal, c'est à la partie qui entendait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (DTA 1996-1997 n. 17 consid. 2a; 1991 n. 11 et 100 consid. 1b; 1990 n. 12 consid. 1b et les arrêts cités; ATF 115 V 113 consid. 3d/bb). Dans cette mesure, en droit des assurances sociales, le fardeau de la preuve n'est pas subjectif, mais objectif (RCC 1984 p. 128 consid. 1b).

3.2. Pour statuer, l'administration (ou le juge en cas de recours) a besoin d'informations que seul le médecin est à même de lui fournir. La tâche de ce dernier consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable ou incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c).

En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions du médecin soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157).

3.3. Conformément à l'art. 59 al. 2, 1^{ère} phr. LAI, les offices AI mettent en place des services médicaux régionaux interdisciplinaires. Selon l'art. 49 RAI, les services médicaux régionaux évaluent les conditions médicales du droit aux prestations. Ils sont libres dans le choix de la méthode d'examen appropriée, dans le cadre de leurs compétences médicales et des directives spécialisées de portée générale de l'office fédéral (al. 1). Les services médicaux régionaux peuvent au besoin procéder eux-mêmes à des examens médicaux sur la personne des assurés. Ils consignent les résultats de ces examens par écrit (al. 2). Les services médicaux régionaux se tiennent à la disposition des offices AI de leur région pour les conseiller (al. 3).

Les rapports des SMR ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'ils ne contiennent aucune observation clinique, ils se distinguent d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI). En raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux rapports de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, les autorités appelées à statuer ont en effet le devoir d'examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis de décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (arrêts TF 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 et I 501/04 du 13 décembre 2005 consid. 4 et les références citées). La jurisprudence a souligné que le rapport d'un Service médical régional qui ne se fonde pas sur un examen clinique est une simple recommandation qui ne peut avoir pour objet que d'indiquer quelle opinion médicale il convient de suivre ou, cas échéant, de proposer des investigations complémentaires (arrêt TF 9C_839/2015 du 2 mai 2016 consid. 3.3).

Le médecin SMR peut susciter des doutes quant au bien-fondé d'une expertise, mais il ne saurait en infirmer d'emblée, et de façon définitive, les conclusions (arrêt TF 9C_144/2009 du 10 décembre 2010 consid. 4).

4.

Il convient, dans un premier temps, d'examiner la méthode applicable au présent cas puisque d'elle dépendront les mesures d'instruction à mettre en place. L'OAI a fait application de la

méthode mixte, estimant que, en santé, l'assurée aurait poursuivi l'exercice d'une activité lucrative à 80% et consacré le 20% restant à la tenue de son ménage. Pour sa part, l'assurée conteste cette méthode, alléguant qu'en santé elle aurait travaillé à temps plein.

L'affirmation de la recourante est confirmée par le fait que, avant la survenance de l'atteinte à sa santé, l'assurée semblait travailler à un taux de 100%, et cela malgré la naissance de sa première fille. Dans sa demande de prestations du 13 juin 2020, elle a indiqué travailler à 100% en tant que coiffeuse indépendante (dossier OAI, p. 20), fait également relevé par sa conseillère en réadaptation (dossier OAI, p. 41). Les horaires d'ouverture figurant sur la porte de son salon correspondaient au demeurant à une activité professionnelle exercée à plein temps, du lundi après-midi au samedi après-midi (dossier OAI, p. 311).

De même, il apparaît que l'ensemble des mesures de réadaptation proposées l'ont été sur la base d'une activité à taux plein. Ainsi, lors d'un entretien en avril 2018, sa conseillère en réadaptation lui a proposé *"une nouvelle formation de type CFC"* tout en l'informant *"qu'une formation se suit à 100% et que si elle décide de réaliser un tel projet, elle doit s'investir pleinement et collaborer"* (dossier OAI, p. 193). Les deux communications lui reconnaissant le droit à un stage de trois mois auprès de C. _____ retiennent par ailleurs un taux de présence de 100% (dossier OAI, p. 204 et 290).

Pour retenir néanmoins l'exercice d'une activité à temps partiel, l'OAI se fonde sur les dires de son enquêteur. Toutefois, ces propos ne sont pas autant affirmatifs que l'OAI ne le laisse entendre. Certes, l'enquêteur souligne que l'assurée avait *"envisagé un travail comme coiffeuse salariée au taux de 80%"* et pensé placer son enfant à la crèche en 2013. Cependant, ces plans ont été changés suite à son licenciement la même année. L'enquêteur souligne ainsi ce qui suit : *"L'assurée a ouvert ce salon sur conseil de l'assurance-chômage. En 2014, elle n'avait pas encore une grande clientèle et ne pouvait pas prétendre travailler en plein. Elle n'avait en effet pas organisé de garde pour sa fille qui est née en janvier 2013, puisqu'elle avait reçu le congé et se retrouvait sans emploi. La mère de l'assurée travaillait encore et ne pouvait pas assumer la garde en plein. [...] L'assurée indique, que lorsqu'elle avait demandé une réduction de son taux d'activité à 80 %, elle pensait placer son enfant à la crèche. Il y a une crèche et un accueil extra-scolaire à B. _____ . Aujourd'hui c'est différent, car elle peut compter sur sa mère pour garder les enfants"* (dossier OAI, p. 311). L'assurée a donc clairement exprimé sa volonté de travailler à temps plein, ce qui doit ici prévaloir.

Au vu de ces éléments, la Cour retient donc que l'assurée aurait, en santé, travaillé à temps plein en tant que coiffeuse. Il convient dès lors de faire application de la méthode ordinaire de comparaison des revenus, étant relevé que la méthode extraordinaire ne semble pas entrer en ligne de compte, les revenus de l'assurée pouvant être établis de manière suffisamment fiable.

5.

Compte tenu de ce qui précède, il convient d'examiner l'impact des troubles de l'assurée sur sa capacité de travail. Pour fonder sa décision, l'OAI se base sur les conclusions du Dr D. _____, spécialiste en médecine interne générale, du SMR.

5.1. Dans un rapport du 23 août 2016, ce médecin admettait que l'assurée ne pourrait pas reprendre l'exercice de son activité de coiffeuse. Selon lui cependant, elle demeurerait entièrement apte à travailler dans une activité adaptée depuis juillet 2016. Une telle activité devait correspondre

à *"toute activité ne nécessitant pas de saisir, de tenir ou de manipuler des objets fins ou lourds de la main gauche (plus de 1-2 kg) ni d'effectuer des mouvements répétitifs de flexion-extension ou de torsion du poignet gauche"* (dossier OAI, p. 65).

Dans son second rapport du 5 février 2018, le médecin du SMR renvoie à sa précédente appréciation. Estimant que la dernière opération du 13 novembre 2017 n'a eu pour effet que de permettre une meilleure mobilité et force du pouce gauche, il conclut que cela ne *"permettra certainement jamais à l'assurée de pouvoir se servir de sa main gauche dans son travail antérieur de coiffeuse qui est clairement bimanuel, astreignant et nécessite de la précision"*. Il considère que, mise à part la durée d'hospitalisation intervenue le 13 novembre 2017 et les 8 semaines d'incapacité post-opératoires, l'assurée est en mesure de participer à une mesure de réadaptation (dossier OAI, p. 170).

En substance, le médecin SMR considère donc que l'assurée est en mesure de travailler dans une activité adaptée depuis juillet 2016, à l'exception d'une période de 8 semaines faisant suite à l'hospitalisation de novembre 2017.

5.2. La recourante conteste cette appréciation, renvoyant d'abord aux différents rapports de la Dre E._____, spécialiste en chirurgie, en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique et en chirurgie de la main. Cependant, force est de constater que ces rapports vont plutôt dans le sens des conclusions du médecin du SMR.

En effet, la Dre E._____ semblait d'emblée admettre qu'une activité adaptée serait possible, pour autant que la main gauche ne soit pas utilisée, bien qu'elle attestait d'une incapacité de travail totale dans un emploi de coiffeuse avant l'intervention du 13 novembre 2017. Si elle soutenait qu'il était *"trop tôt pour se prononcer pour un éventuel travail adapté"*, elle affirmait aussi que, *"au vu de la gravité de la situation, de ses plaintes subjectives et du tableau clinique, il faudra au plus vite envisager une reconversion professionnelle, ce d'autant plus qu'il s'agit d'une jeune femme intelligente et motivée, certainement capable de suivre une nouvelle formation"*. Elle ajoutait : *"[l'assurée] est limitée dans toutes les activités nécessitant l'usage de la main gauche [...]. Globalement et en résumé, l'utilisation de cette main gauche est limitée par le manque de force global de la main, le manque de force de serrage entre la pince pouce-index, la mobilité de la colonne du pouce dans la préhension de petits et gros objets (c'est-à-dire également la dextérité fine)"* (rapports du 20 juillet 2016 et du 17 juillet 2017, dossier OAI, p. 54 et 138; cf. ég. p. 5, 95 et 277).

Suite à l'intervention du 13 novembre 2017, la Dre E._____ atteste d'une incapacité de travail totale dans toutes les activités durant la période de récupération (dossier OAI, p. 154 et 157). Elle n'indique cependant pas clairement quand cette incapacité de travail se termine, se concentrant sur le *"souhait de cette patiente sympathique et motivée de retrouver son activité professionnelle de coiffeuse"*. L'on constate néanmoins que la doctoresse fait état d'une *"évolution lente mais toutefois satisfaisante tant sur le plan subjectif qu'objectif"* suite à la consultation du 2 mars 2018, avec *"une bonne récupération de la mobilité du poignet et du pouce gauche, la patiente est tout de même gênée dans certains travaux demandant la préhension pollici-digitale, dans les mouvements répétitifs de la main et du poignet, ainsi que dans les travaux de force"* (dossier OAI, p. 187; cf. ég. p. 378).

Par la suite, la Dre E._____ fait état de limitations et de constats médicaux proches de ceux de mars 2018. Or, dans son rapport le plus récent du 23 août 2018, elle admet que, *"dans son travail*

de coiffeuse indépendante où elle doit faire des gestes répétitifs en permanence, sa capacité de travail est diminuée", fixant la capacité de travail à 30% mais espérant une amélioration. En même temps, elle indique que, *"en résumé, [l'assurée] est capable de faire tous les travaux manuels légers de courte durée"* (dossier OAI, p. 381; cf. ég. p. 378).

Il ressort de ce qui précède que les rapports de la Dre E. _____ confirment l'existence d'une capacité de travail dans une activité adaptée du 20 juillet 2016 à ce jour, avec une période d'incapacité de travail en lien avec l'intervention du 13 novembre 2017, néanmoins inférieure à 3 mois. En ce sens, ils vont donc dans le sens des conclusions du SMR.

5.3. Les autres rapports du dossier ne permettent pas non plus de mettre en cause les conclusions du médecin du SMR.

Ainsi, l'on relève que le Dr F. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, va également dans ce sens s'agissant de l'exercice de l'ancienne activité. Ainsi, dans son rapport du 20 mai 2019, il soutient que, en raison de l'atteinte à la main gauche, sa patiente *"a dû faire l'acquisition de quelques moyens auxiliaires pour l'aider dans les tâches domestiques et professionnelles. Une capacité de travail de 50% en tant que coiffeuse me paraît réaliste, ceci pour une durée indéterminée, probablement à vie"*. Pour autant, le médecin n'examine pas la question de la capacité de travail de sa patiente dans une activité adaptée (dossier OAI, p. 385). De même, dans un avis sur dossier du 27 mars 2017, le Dr G. _____, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique et en chirurgie de la main, admet que les limitations causées par l'intervention du 28 septembre 2015 empêcheront l'assurée de reprendre une activité de coiffeuse indépendante (dossier OAI, p. 364).

Si le Dr H. _____, spécialiste en médecine interne générale, semble exclure toute capacité de travail à sa patiente en attente des *"résultats du geste chirurgical prévu en 2017"*, il convient de remettre cette citation dans le contexte. Le médecin ajoute en effet ce qui suit : *"Je précise que vu les séquelles en rapport avec ce geste chirurgical, la patiente ne peut plus travailler comme coiffeuse et un reclassement professionnel sera à envisager à moins que le nouveau geste chirurgical qui est prévu en 2017 apporte satisfaction"* (dossier OAI, p. 86 et 101). Ainsi, le médecin n'exclut pas médicalement que sa patiente est limitée dans toute activité en 2016, mais uniquement qu'il est en attente d'une éventuelle possibilité de reprise de l'ancienne activité.

Dans son rapport du 7 février 2018, I. _____, ergothérapeute, confirme des limitations semblables à celles retenues par le médecin du SMR, à savoir en lien avec la préhension et la manipulation d'objets de la main gauche (ex: *"la patiente ne peut pas tenir un légume pour le peler"*) ainsi que des mouvements répétitifs de flexion-extension ou de torsion du poignet gauche (*"la patiente peut passer la serpillère sur un sol peu sale. Elle peut aussi passer l'aspirateur sans aller dans les détails. Si le sol est trop sale ou pour aller dans les recoins, elle a besoin de l'aide de quelqu'un"*). A l'instar du médecin SMR; elle constate que deux mois après l'intervention, *"la patiente a récupéré une force équivalente à celle qu'elle avait avant l'opération"* (dossier OAI, p. 174; cf. ég. p. 380). Dans son rapport le plus récent, elle constate des limitations au niveau du membre supérieur gauche dans la force de préhension, le port de charges et les mouvements répétitifs. Elle ajoute que, *"[sa patiente] étant droitère, elle exécute peu d'activités nécessitant une grande dextérité ou motricité fine de la main gauche"* (dossier OAI, p. 305).

Enfin, il n'apparaît pas nécessaire de se référer aux rapports du Dr J. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui a procédé aux interventions

du 28 septembre 2015 et du 20 janvier 2016 que le Dr G. _____ qualifie d'"*erreur technique grave*", sa responsabilité quant à l'origine des troubles de la recourante ayant été admise par son assureur responsabilité civile. Ses rapports sont au demeurant antérieurs à la demande de prestations.

5.4. Cela étant, dans son recours, la recourante soutient avoir subi une incapacité totale de travail durant le deuxième semestre de l'année 2018 en raison de complications médicales survenues lors de sa seconde grossesse.

Force est de constater qu'une incapacité totale de travail a été médicalement attestée par le Dr K. _____, spécialiste en gynécologie. Les certificats au dossier ne confirment néanmoins pas une incapacité de travail portant sur le deuxième semestre de l'année 2018, mais uniquement pour la période allant du 2 août au 10 septembre 2018 (dossier OAI, p. 227, 241 et 243). Aucune pièce au dossier ne fait état d'une incapacité de travail plus longue pour cause de maladie. Or, une incapacité de travail d'une durée d'environ un mois est insuffisante pour être déterminante (art. 88a du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RAI; RS 831.201).

Quoi qu'il en soit, il n'est nullement indiqué que ces troubles d'ordre gynécologique sont en lien avec les suites de l'intervention du 28 septembre 2015. Au contraire, ils apparaissent être une nouvelle atteinte. Dans ce contexte, il convient de tenir compte du délai d'une année (art. 28 LAI), à l'échéance duquel – dans le présent cas – plus aucune incapacité de travail n'est attestée sur le plan gynécologique, ni même alléguée.

5.5. Compte tenu de ce qui précède, la Cour retient que l'assurée n'est plus en mesure d'exercer son ancienne activité de coiffeuse indépendante à temps plein.

En revanche, elle demeure apte à exercer une activité adaptée depuis le 20 juillet 2016, exception faite d'une période de huit semaines faisant suite à l'intervention du 13 novembre 2017. Une telle activité adaptée doit respecter les limitations suivantes : absence de préhension et de manipulation des objets fins ou lourds de la main gauche (plus de 1-2 kg), absence de mouvements répétitifs de flexion-extension ou de torsion du poignet gauche.

6.

Compte tenu de l'existence d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, il convient d'examiner l'impact de celle-ci sur la capacité de gain de la recourante, à savoir calculer son degré d'invalidité.

6.1. La *méthode ordinaire* d'évaluation du taux d'invalidité (art. 28a al. 1 LAI) s'applique aux assurés exerçant une activité lucrative. Le degré d'invalidité résulte de la comparaison du revenu d'invalidité, soit ce que l'assuré est encore capable de gagner en utilisant sa capacité résiduelle de travail dans toute la mesure que l'on est en droit d'attendre de lui, avec le revenu sans invalidité, à savoir ce qu'il pourrait gagner si l'invalidité ne l'entravait pas (RCC 1963 p. 365). Cette comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus (RCC 1985 p. 469).

6.2. En règle générale, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible ; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en

dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence). La jurisprudence retient toutefois que lorsque l'assuré a perdu son emploi pour des motifs étrangers à son invalidité, on ne peut admettre qu'il aurait continué son emploi auprès du même employeur et il est alors justifié de faire application des valeurs statistiques moyennes (cf. arrêts 9C_247/2015 du 23 juin 2015 consid. 5.1; 9C_212/2015 du 9 juin 2015 consid. 5.4 et les références citées).

6.3. De jurisprudence constante, le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa; 117 V 8 consid. 2c/aa; RAMA 1991 n. U 130 p. 270 s. consid. 4a p. 272; RCC 1983 p. 246 s., 1973 p. 198 s. consid. 2c p. 201). En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (cf. arrêt TF 9C_25/2011 du 9 août 2011 consid. 6.2). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, le cas échéant, au titre du désavantage salarial supplémentaire, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5).

Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPG), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (arrêt TF I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références, *in* VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPG, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (arrêts TF I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b; I 329/88 du 25 janvier 1989 consid. 4a).

S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (arrêt TF I 377/98 du 28 juillet 1999 consid. 1 et les références).

7.

7.1. Au titre de revenu de valide, l'OAI a considéré que l'assurée était en mesure de réaliser un revenu brut annuel de CHF 37'700.- pour une activité à 100%, se fondant sur la statistique des résultats comptables des entreprises des arts et métiers, fournie par l'Union suisse des arts et métiers (USAM). Il s'agirait du montant correspondant au revenu d'une coiffeuse indépendante, sans employé(e), produisant un chiffre d'affaires entre CHF 1.- et CHF 199'999.-.

Le Tribunal fédéral a déjà eu l'occasion de confirmer l'usage de cette statistique pour déterminer un revenu hypothétique d'indépendant (arrêt TF 9C_474/2016 du 8 février 2017 consid. 4.1). En l'occurrence, la Cour n'est pas en mesure de déterminer à quelle année correspond ce montant, cas échéant s'il appartenait à l'OAI de procéder à une éventuelle indexation. Cependant, une telle indexation n'aurait qu'une incidence marginale sur le droit à la rente, laquelle lui serait refusée même si ce montant devait être bien supérieur et correspondre, par exemple, au montant maximal obtenu par la recourante en tant qu'indépendante, à savoir CHF 39'378.- en 2014 selon son extrait de compte individuel (dossier OAI, p. 302).

Partant, le revenu de valide peut être fixé à CHF 37'700.-.

7.2. S'agissant du revenu d'invalidité, l'on constate que l'assurée a repris l'exercice de son activité de coiffeuse indépendante à un taux réduit.

Au vu de la capacité de travail entière qui lui a été reconnue dans l'exercice d'une activité adaptée, l'on ne peut pas considérer que ce travail met pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle exigible. Il convient plutôt de se référer au montant mensuel de CHF 4'363.-, soit CHF 52'356.- annuellement, correspondant au salaire moyen du secteur privé selon les chiffres de l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2016 (ESS 2016, TA1_Skill level, totaux, niveau de compétences 1, femmes).

Dès lors que le TA1, niveau de compétences 1, de l'ESS comprend un large éventail d'activités, on peut, en effet, admettre qu'un nombre significatif d'entre elles est adapté aux limitations et aux aptitudes de la recourante sur le marché du travail équilibré (cf. arrêts TF 9C_830/2017 du 16 mars 2018 consid. 5; 8C_381/2017 du 7 août 2017 consid. 4.2.2; 9C_833/2017 du 20 avril 2018 consid. 5.1). La référence au niveau de compétences 1 permet, pour sa part, de tenir compte du fait que la recourante ne possède pas de formation ou expérience dans un domaine autre que la coiffure. Même si elle a renoncé à réaliser une réadaptation professionnelle dans le cadre de l'assurance-invalidité, il n'en demeure pas moins que cette absence influence vraisemblablement le revenu auquel elle pourrait prétendre. Cela justifie de se référer au grand groupe 9 de la classification internationale du type des professions (CITP; professions élémentaires).

Il y a lieu de prendre en compte la durée usuelle du travail de 41.7 heures par semaine en 2016 (CHF 54'581.15, cf. OFS, Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique, Tous les secteurs).

Au vu de la capacité de travail de 100% qui a été retenue, le revenu d'invalidité est fixé à CHF 54'581.15.

7.3. Il ressort de la comparaison des revenus de valide (CHF 37'700.-) et d'invalidité (CHF 54'581.15) que la perte de gain est nulle.

Partant, c'est à juste titre que l'OAI a nié à l'assurée le droit à une rente.

8.

Partant, mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

Les frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge de la recourante qui succombe. Ils sont compensés par l'avance du même montant.

Il n'est pas alloué de dépens.

la Cour arrête :

- I. Le recours est rejeté.
- II. Les frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge de la recourante et compensés par l'avance du même montant.
- III. Il n'est pas alloué de dépens
- IV. Notification.

Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite.

Fribourg, le 21 octobre 2020/pte

Le Président :

Le Greffier-rapporteur :